

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933. — N° 74

Grossesses et Accouchements gémellaires

à la Clinique d'Accouchements de Bordeaux
de 1920 à 1932

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 16 Décembre 1932

PAR

Henri-François ROUZAUT

ELÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à GRACES (Côtes-du-Nord), le 2 mai 1908.

Examineurs de la Thèse	{	MM. ANDÉRODIAS, professeur	Président.
		BÉGOVIN, professeur	Juges.
		PERY, agrégé	
		RIVIÈRE, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR

3-6, Place Saint-Christoly

1932

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933. — N° 74

Grossesses et Accouchements gémellaires

à la Clinique d'Accouchements de Bordeaux
de 1920 à 1932

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 16 Décembre 1932

PAR

Henri-François ROUZAUT

ELÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à GRACES (Côtes-du-Nord), le 2 mai 1908.

Examineurs de la Thèse	{	MM. ANDÉRODIAS, professeur . . .	Président.
		BÉGOVIN, professeur	Juges.
		PERY, agrégé	
		RIVIÈRE, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR

3-6, Place Saint-Christoly

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS, AUCHÉ, SELLIER.

PROFESSEURS

MM.	MM.
Clinique médicale..... MAURIAC.	Zoologie et parasitologie..... MANDOUL.
id..... CASSAET.	Médecine expérimentale..... DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale..... CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique..... TEULIÈRES.
id..... BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie.. ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales... CARLES.	Clinique gynécologique..... GUYOT.
Clinique d'accouchements..... ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants.. CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique. SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale..... DELAUNAY.
Anatomie..... VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique... SIGALAS.
Anatomie générale et histologie..... G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques. BONNIN.
Physiologie..... PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques. PETGÈS.
Hygiène..... LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires. DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie..... LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales. ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité méd. RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie..... PORTMANN.
Chimie..... CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée..... LABAT.
Botanique et matière médicale..... BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.. CREYX.
Pharmacie..... DUPOUY.	Clinique dentaire..... CAVALIÉ.

MM. MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie). LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.
Anatomie..... DUBECQ.	Chirurgie générale..... PAPIN.
id..... DUFOUR.	id..... JEANNENEY.
Physiologie..... FABRE.	id..... CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles..... R. SIGALAS.	id..... LOUBAT.
Médecine générale..... N.	Obstétrique..... PÉRY.
id..... AUBERTIN.	id..... RIVIÈRE.
id..... DAMADE.	Ophtalmologie..... BEAUVIEUX.
id..... PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie..... JOULIA.
id..... DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie. VITTE.
Maladies mentales..... PERRENS.	

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.	MM.
Médecine opératoire..... PAPIN.	Puériculture..... FAUGÈRE.
Physiologie..... FABRE.	Démonstrations et préparations pharmac.. GOLSE.
Accouchements..... PÉRY.	Zoologie et parasitologie..... R. SIGALAS.
Ophtalmologie.....	MM. { CABANNES (en congé). BEAUVIEUX (chargé). N. GOURDON. DELGUEL.
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.	
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....	
id..... Clinique dentaire.....	

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MON GRAND-PERE

A MES PARENTS

A MES CAMARADES DE L'ECOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTE
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ FAUGERE

*Chargé du Cours complémentaire de puériculture,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

*Directeur de l'Ecole principale du Service de santé de la Marine
et des Troupes coloniales,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ANDERODIAS

*Professeur de Clinique d'accouchements,
Accoucheur des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548609_0023

GROSSESSES ET ACCOUCHEMENTS GÉMELLAIRES

A LA CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS
DE BORDEAUX DE 1920 A 1932

INTRODUCTION

Aucun travail sur les grossesses gémellaires n'ayant été fait à la Faculté de médecine de Bordeaux depuis l'année 1924, il nous a paru intéressant d'entreprendre une étude statistique sur cette question. Nous nous excusons cependant d'y avoir introduit quelques considérations cliniques et thérapeutiques devant l'aridité d'une simple énumération de chiffres.

Nous ferons d'abord un rappel succinct de la fréquence et des causes de la grossesse gémellaire. Puis nous étudierons successivement la grossesse, l'accouchement proprement dit, la délivrance, les jumeaux et le pronostic.

Nous résumerons en conclusion les chapitres précédents et nous insisterons particulièrement sur la conduite à tenir.

Nous ne voulons pas terminer nos études médicales sans adresser un respectueux hommage aux Maîtres de la Faculté et des hôpitaux qui nous ont instruit. Nos remerciements iront particulièrement à M. le Professeur Andérodias, qui a bien voulu nous donner le sujet de ce travail et qui nous fait le très grand honneur de présider notre thèse.

FREQUENCE ET CAUSES DE LA GEMELLITE

Les statistiques des grossesses gémellaires sont sujettes à de grandes variations suivant les pays où elle ont été faites. C'est ainsi que Veit, de Rostock, de 1828 à 1849, a trouvé 149.964 accouchements gémellaires pour un total de 13 millions 208 868 accouchements, soit une moyenne de 1 pour 88.

En Russie, on donne la proportion de 1 pour 30; en Irlande, de 1 pour 64; en Norvège, de 1 pour 82; en Wurtemberg, de 1 pour 86,2 et, enfin, en France, de 1 pour 85, d'après la statistique de Mme Lachapelle.

Les chiffres élevés s'observent surtout chez les peuples de race germanique, puis viennent les Slaves et les Latins.

Cette plus forte proportion chez les Anglo-Saxons provient peut-être du fait que la natalité étant plus élevée chez eux nous y trouvons plus de multipares. Or, nous étudierons par la suite le rôle de la multiparité comme facteur possible dans la genèse des grossesses gémellaires.

A la clinique d'accouchements de Bordeaux (Hôpital André-Boursier), nous avons pu dresser le tableau suivant de l'année 1920 à l'année 1932.

Années	Nombre total des entrées	Grossesses gémellaires
1920	617	13
1921	700	9
1922	713	7
1923	747	10
1924	835	12
1925	876	9
1926	886	12
1927	953	13
1928	875	7
1929	913	12
1930	971	8
1931	969	9
TOTAL	10.959	121

Nous y obtenons une proportion (4 pour 83) plus élevée que celle de ville (1 pour 100), du fait de l'hospitalisation des femmes présentant une grossesse double par crainte des accidents possibles.

L'étiologie de la gémellité est encore fort obscure, et de nombreux facteurs ont été invoqués. Laissant de côté la race, dont nous avons vu l'importance précédemment, nous passerons simplement en revue les principaux.

HÉRÉDITÉ. — Tous les auteurs admettent son influence. Il existe des « familles de jumeaux », et les grossesses doubles peuvent se répéter chez la même femme. Cette hérédité tant maternelle que paternelle nous l'avons relevée dans 8 observations. Plusieurs années auparavant, deux parturientes avaient mis au monde des jumeaux. Enfin, nous mentionnerons deux grossesses : l'une double et l'autre triple, survenues chez la même femme deux années consécutives (obs. 322-1924 et obs. 652-1925).

Dans sa thèse, Mlle Beurois confirme l'opinion de Weimberg et d'Apert, qui prétendent que l'hérédité n'influence que

les grossesses gémellaires bivitellines. Dans une seule de nos observations, il s'agissait d'une grossesse double univitelline.

AGE. — Il ne semble guère devoir être retenu comme un facteur prépondérant. La grossesse double existe à des âges très différents. Les statistiques de Kleinwachter, Lebel, Pinard, démontrent que le nombre des accouchements gémellaires est plus considérable de 21 à 28 ans. C'est aussi entre ces limites que nous avons relevé à Bordeaux le plus de grossesses gémellaires (72 sur 424).

MULTIPARITÉ. — Il y aurait deux fois plus d'accouchements gémellaires chez les multipares. A la clinique, 76 parturientes étaient des multipares, 43 seulement des primipares. Cette constatation, en concordance avec celle de tous les auteurs, nous fait croire avec eux que le rôle de la multiparité est des plus importants.

Nous ferons, en traitant la délivrance, l'étude anatomique succincte de l'œuf, mais nous pouvons déjà nous demander si l'âge et la parité peuvent faire pressentir, dans une certaine mesure, la forme de la grossesse gémellaire, autrement dit, dans quelles conditions d'âge et de parité les grossesses gémellaires sont bivitellines ou univitellines.

Sur 43 observations de Bar et Eleuterescu, il y avait 30 grossesses bivitellines et 13 univitellines. D'après Strassman, dont l'étude porte sur 375 cas, il y aurait 85,44 p. 100 de bivitellines.

D'après notre étude statistique, nous pouvons dresser ce tableau :

	Grossesses bivitellines	Grossesses univitellines
De 20 à 25 ans	17	29
De 25 à 30 ans	6	25
Au delà de 30 ans	11	32

Les grossesses univitellines semblent être surtout l'apanage des femmes jeunes, contrairement aux grossesses bivitellines, mais ceci n'a rien d'absolu. De l'étude de la parité,

nous ne tirons aucun renseignement : sur 34 parturientes dans le premier cas, nous notons 13 primipares et 21 multipares, et dans le second, 33 primipares et 53 multipares, c'est-à-dire une proportion sensiblement égale.

LES CAUSES DE DÉGÉNÉRESCENCE DE L'ORGANISME. — P. Bar considère la grossesse gémellaire comme une anomalie embryologique, aussi lui reconnaît-il comme cause prédisposante la syphilis. De même, on rencontre la gémellité avec une plus grande fréquence dans les régions où l'alcoolisme sévit plus particulièrement, certaines provinces de la Russie en particulier. Dans les observations recueillies et examinées par nous, la recherche systématique de l'alcoolisme n'ayant pas été faite, il nous a été impossible de vérifier cette assertion. La syphilis maternelle a été décelée dans 11 cas (8 grossesses univitelines et 3 grossesses bivitellines) par la réaction de Bordet-Wassermann. Il est à remarquer que la femme ayant présenté une grossesse triple en 1924 et une grossesse doublée en 1925 a une réaction de B.-W. nettement positive dans le sang. De plus, l'examen du foie d'un fœtus, mort lors du premier accouchement, par M. le Professeur Sabrazès a donné le résultat suivant : « Réaction interstitielle marquée, lymphocytaire surtout. Petits foyers rappelant des gommes miliaires. Dislocation des travées. Enorme stase. Beaucoup de cellules hépatiques en plasmodies. Ça et là quelques spirochètes. »

A. James invoque également la tuberculose. Nous avons relevé des antécédents bacillaires certains dans 9 observations, mais faute de précisions nous restons dans l'expectative dans beaucoup d'autres cas.

MODES DE PRODUCTION. — Les grossesses bivitellines proviennent de la fécondation de deux ovules. Elle peut se faire simultanément ou à deux époques différentes. Dans le premier cas, deux spermatozoïdes vont féconder chacun un ovule arrivé à maturité, provenant du même ovaire, ou chacun d'eux d'un ovaire différent. Dans le second, il y a superimprégnation : celle-ci se divise en superfécondation et en super-

foetation. On dit qu'il y a superfécondation lorsque deux spermatozoïdes viennent féconder deux ovules différents à quelques jours d'intervalle. On connaît l'exemple classique suivant : une femme de race blanche a des rapports, à une semaine d'intervalle, avec un blanc et un nègre; tous deux la fécondent : elle accouche d'un enfant blanc et d'un mulâtre. Dans la superfoetation, il existe une différence de deux mois et plus entre les dates des deux fécondations. Les conditions nécessaires pour qu'elle soit possible sont telles qu'à l'heure actuelle on n'est pas absolument certain de son existence dans l'espèce humaine.

De multiples théories cherchent à expliquer la pathogénie de la grossesse univitelline. Les recherches de Foll, Selenka, Hertwig, ont fait penser que la pénétration de l'œuf par deux ou plusieurs spermatozoïdes, ou par un spermatozoïde à deux nucléoles, pouvait aboutir à la production de deux ou plusieurs centres embryonnaires (polyspermie). Pour d'autres auteurs, l'univitelline est due à la fécondation par un spermatozoïde unique d'un ovule à deux vésicules germinatives. D'après d'autres travaux, la fécondation ne jouerait aucun rôle. Expérimentalement, Lereboullet et Panum ont obtenu chez les poissons par le brossage des œufs une division de ces derniers. Schultze arrive à un résultat analogue en changeant l'orientation des œufs et en forçant l'ère germinative à s'orienter vers le bas, contrairement à ce qui se passe ordinairement. Bar soumet des œufs de poules à une trépidation constante, Lœb les place dans un milieu non isotonique, Dareste gêne le développement de la cicatricule et Féré les expose à des projections de rayons lumineux ou de vapeurs diverses (alcool, absinthe).

Tous observent les mêmes phénomènes de division.

II

DE LA GROSSESSE

La symptomatologie de la grossesse gémellaire diffère peu de celle de la grossesse simple. Bornons-nous simplement à noter la fréquence de l'œdème des jambes, de l'œdème sus-pubien et des varices, qu'elles siègent aux membres inférieurs où à la vulve. Le volume exagéré de l'abdomen par rapport à l'âge présumé de la gestation est un signe de grosse valeur en concordance avec les autres renseignements fournis par la palpation, le toucher et l'auscultation. L'utérus prend parfois des dimensions considérables : H. U. = 48 cm. (obs. 402-1926); H. U. = 52 cm. (obs. 267-1927). Dans une observation (289-1932), le fond utérin présentait une dépression qui le faisait ressembler à un cœur de carte à jouer, signe mentionné par F.-J. Hergott, de Nancy. Toutefois, la gémellité reste ignorée dans quelques cas pendant toute la grossesse et elle devient alors une surprise de l'accouchement. Pendant le travail, Mme Lachapelle, Smellie, Dreyès, Depaul, ont rarement observé un sillon de séparation entre les deux poches des eaux. Ce sillon est le plus souvent antéro-postérieur (obs. 566-1926), exceptionnellement transversal (Pinzani-Strasman).

MM. Andérodias et Magnant ont rapporté l'observation d'une grossesse gémellaire avec perception de deux poches des eaux séparées par un sillon transversal.

Depuis l'introduction courante de la radiographie en clinique, il est souvent possible de confirmer un diagnostic hési-

tant. Dans la *Presse médicale* du 1^{er} octobre 1924, MM. Favreau, Labeau et Bosc insistaient sur la nécessité de la vulgarisation de la radiologie du fœtus pendant la gestation. Nous pensons qu'elle est un adjuvant précieux à la clinique puisqu'elle a permis de déceler dans neuf cas la présence de deux jumeaux, mais elle est parfois demeurée négative malgré l'existence réelle de la gémellité. MM. Planchu et Voisin disent qu'il ne faut pas attribuer une valeur absolue à la radiographie. Dans un cas, M. Planchu, ayant fait un diagnostic de grossesse gémellaire dont il doutait, a fait radiographier le bassin. La radiographie ne montra qu'un seul fœtus, or il y en avait deux, et tous deux très gros.

EVOLUTION.

Mauriceau avait déjà remarqué que « les femmes qui sont grosses de deux enfants ne les portent pas si longtemps que si elles n'en avaient qu'un ». Dans sa statistique, Lepage a établi qu'on observait l'accouchement prématuré :

83 fois sur 100 grossesses doubles chez les primipares;

75 fois sur 100 grossesses doubles chez les multipares.

De 1920 à 1932, 60 grossesses gémellaires sont venues à terme, 61 se sont terminées avant le neuvième mois, soit 4 avortements et 57 accouchements prématurés. Devant ce petit nombre d'avortements, nous avons pensé à une déficience de notre statistique. Cependant, dans sa thèse, Jacopin, de Nancy, a noté seulement 5 avortements gémellaires de 1896 à 1907. Quant aux accouchements prématurés, ils atteignent les proportions de 56 p. 100 chez les primipares et de 43 p. 100 chez les multipares. L'époque à laquelle ils se produisent le plus fréquemment peut être située entre huit et huit mois et demi, puisque nous en avons observé 7 de six à sept mois, 21 de sept à huit mois et 29 de huit à huit mois et demi.

Il nous reste à déterminer les causes de ces accouchements avant terme. Les avortements sont-ils plus fréquents dans les grossesses univitellines ? Nous ne pouvons nous faire

une opinion à ce sujet : deux d'entre eux ayant eu lieu dans des grossesses univitellines, les deux autres dans des grossesses bivitellines. L'hydramnios d'un des œufs (obs. 213-1924) ou des deux œufs (obs. 337-1925) explique suffisamment les deux premiers cas. Par contre, dans un des avortements bivitellins, aucune cause n'a pu être décelée (obs. 749-1929), l'hydramnios d'un des œufs (obs. 61-1920) fournissant l'étiologie de l'autre.

Les accouchements prématurés de la grossesse gémellaire relèvent parfois de causes identiques à celles de l'interruption d'une grossesse simple. Cependant, leur très grande fréquence par rapport à ces dernières s'explique le plus souvent par la distension exagérée de l'utérus gravide, distension non pas due essentiellement au volume des fœtus, bien que, dans un cas, ils aient atteint un poids égal pour chacun d'eux au poids d'un fœtus à terme, mais à l'hydramnios d'un ou des deux œufs.

Encore faut-il établir une distinction entre les grossesses doubles bivitellines et les grossesses univitellines.

Dans les premières, un des œufs ou même les deux, mais plus rarement, peuvent renfermer une quantité exagérée de liquide amniotique. Nous l'avons observé 10 fois dans le deuxième œuf, 6 fois dans le premier et 7 fois dans les deux œufs. Cette hydropisie de l'amnios se constitue en général progressivement et nous n'avons pas relevé d'observation où elle ait pris la forme aiguë. Elle reconnaît certes les mêmes causes que l'hydramnios de l'œuf unique d'une grossesse simple, mais il est intéressant de noter l'absence de cette étiologie dans plusieurs cas. Si 3 parturientes présentaient de l'insuffisance cardiaque, 2 des lésions rénales et si une autre avait un B.-W. nettement positif dans le sang, aucune cause pathologique n'a été décelée chez les 17 autres. D'après Bar, il est vrai, on ne trouve aucune étiologie pathologique dans plus du tiers des cas d'hydramnios de la grossesse simple. « Il s'agit simplement d'enfants volumineux et pléthoriques. » Bessières explique ces excès de liquide par la longueur

des vaisseaux qui parcourent une grande partie du placenta avant d'atteindre leur territoire respectif. La fréquence de l'insertion vélamenteuse confirmerait cette opinion. Cette insertion vélamenteuse du cordon du deuxième fœtus en concordance avec une augmentation très considérable du liquide amniotique du deuxième œuf existait dans une grossesse. Dans la grossesse univitelline, la proportion des œufs hydramniotiques s'accroît encore. Sur 34 observations, nous relevons : 1 cas d'hydramnios du premier œuf ; 3 cas d'hydramnios du deuxième œuf, et 9 cas d'hydramnios des deux œufs. Il s'agit ici soit d'hydramnios chronique, soit d'hydramnios aiguë se constituant en l'espace de quelques jours avec augmentation rapide du volume du ventre et troubles de compression multiples. Ces cas sont assez rares, puisque Jaïs, dans sa thèse, n'en a groupé que 48 observations, pour nous croire autorisé à résumer ceux que nous avons recueillis.

OBSERVATION 363 (Année 1922).

Femme de 24 ans à sa troisième grossesse.

Premier accouchement en 1919 : Fœtus mort au cours de manœuvres de forceps.

Deuxième accouchement en 1921 : Forceps en O. S. pour non-engagement : garçon mort à 4 mois.

Grossesse actuelle : Dyspnée, pollakiurie. B.-W. + + + dans le sang. Poussée d'hydramnios aiguë à terme.

Accouchement : lenteur du travail, contractions faibles. On place un ballon pour hâter la dilatation.

Premier fœtus : En sommet; forceps en O. S.

Deuxième : en sommet. Bras et cordon providents. Version par manœuvres internes. Abaissement des bras relevés.

Les deux enfants sont en parfait état physique et pèsent 3.500 grammes chacun.

OBSERVATION 357 (Année 1925).

Primipare de 31 ans :

Grippe en cours de grossesse; toux; pollakiurie; pertes blanches.

Poussée d'hydramnios aiguë des deux œufs au cinquième mois.

Avortement à cinq mois de deux fœtus morts à la naissance, de sexe féminin et pesant 440 grammes et 410 grammes.

OBSERVATION 90 (Année 1929).

Femme âgée de 40 ans à sa septième grossesse.

Grossesses antérieures : un avortement de quatre mois.

Grossesse actuelle : abdomen très volumineux. Poussée d'hydramnios aiguë au septième mois du deuxième œuf.

Accouchement : Travail normal. La deuxième poche des eaux contenait 6 litres ?

Premier fœtus, pesant 1.340 grammes, décédé soixante-douze heures après la naissance.

Deuxième fœtus, pesant 1.600 grammes, décédé vingt-quatre heures après la naissance.

Notre première observation se rapproche de celle rapportée par Paquet à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris, en 1920, sur une « Grossesse gémellaire compliquée d'hydramnios aiguë dans l'un des deux œufs d'ordre syphilitique. » Mais la syphilis n'est pas toujours en cause, et dans les deux autres cas, elle n'a pu être dépistée. Vallois et Madon ont publié deux observations identiques : « Deux cas d'hydramnios à marche aiguë. »

Quelle est donc l'étiologie de l'hydramnios dans la grossesse univitelline. Bar invoque la fréquence de l'insertion vélamenteuse de l'œuf le plus petit observé par nous dans un cas (obs. 213-1924).

Schatz a montré qu'en rendant solidaires les deux fœtus, les anastomoses circulatoires peuvent avoir des conséquences

graves sur leur développement. Si l'équilibre n'est pas parfait entre les deux jumeaux, l'un d'eux enverra à l'autre plus de sang qu'il n'en recevra; il sera le transfuseur, l'autre le transfusé. Ce dernier aura un cœur droit gros, de gros reins, de la pléthore, de l'hydramnios.

La mort d'un des fœtus peut devenir le facteur déterminant l'accouchement prématuré dans la gémellité, l'autre enfant restant vivant (obs. 184-1925), (obs. 785-1926), (obs. 573-1921). Mais ceci n'est pas fatal, un seul peut être expulsé, l'autre continuant à vivre.

M. le Docteur Favreau cite un cas curieux de grossesse gémellaire terminée par expulsion des œufs à des dates très espacées.

Hautechaud cite un cas analogue dans le *Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris*, 1925.

Ces cas exceptionnels seraient connus depuis la plus haute antiquité. Cette continuation de la gestation, insoupçonnée après un avortement incomplet dans une grossesse gémellaire non diagnostiquée, pourra même conduire à pratiquer une opération intempestive qui viendra y mettre fin. Aussi Delmas et Roume, au sujet du curettage dans l'avortement gémellaire, conseillent-ils la plus grande prudence. Le fœtus mort peut rester dans la cavité utérine jusqu'au terme, le second continuant à se développer (S. Meyer, Laffont et Larribère). Il peut se momifier et s'aplatir : Adam et Vermelin en citent deux observations, Vallois et Roume une autre. Dans un seul cas (obs. 18-1927), un des œufs étant resté au stade embryonnaire, l'autre s'est développé jusqu'au terme.

DES COMPLICATIONS AU COURS DE LA GROSSESSE.

La complication la plus redoutable et la plus susceptible d'interrompre le cours de la gestation est sans contredit l'hydramnios, mais on observerait assez souvent des troubles mécaniques du côté de la digestion, de la respiration et de la circulation. Les vomissements du début se trouvent chez

presque toutes les parturientes, mais prennent rarement un caractère de gravité (obs. 917-1930). D'après plusieurs auteurs, la gémellite prédisposerait à l'éclampsie : Goldberg relève une grossesse gémellaire sur 20 éclamptiques; Winckel, 1 sur 9; au contraire, Bar n'en a observé aucun cas sur 48 éclamptiques. A la clinique, une seule observation (obs. 189-1928) mentionne une crise d'éclampsie au moment du travail; il n'y avait pas d'albuminurie. Celle-ci, assez fréquente (18 p. 100), est identique à celle de la grossesse ordinaire. Notons encore la dyspnée (4 p. 100), les symptômes cardio-rénaux (5 p. 100), une hématurie (obs. 324-1920), une hémorragie rétroplacentaire (obs. 396-1924), une insertion basse du placenta sans conséquences graves (obs. 63-1922), et des troubles psychiques (obs. 557-1924).

PRÉSENTATIONS DANS LA GROSSESSE GÉMELLAIRE.

Budin, dans ses leçons de clinique obstétricale de la grossesse gémellaire (1889), distingue trois variétés de situation relative des fœtus :

1° Les deux fœtus sont placés l'un à côté de l'autre, et occupent respectivement les moitiés droite et gauche de l'utérus. Ils peuvent alors se présenter : tous deux par le sommet; tous deux par le siège; un par le sommet, un par le siège.

2° Les deux fœtus sont placés l'un au-dessus de l'autre (fœtus superposés) : ils se présentent tous deux par l'épaule.

3° Les deux fœtus sont l'un au devant de l'autre (fœtus antéposés) : ils peuvent se présenter : tous deux par le sommet; tous deux par le siège; l'un par le siège et l'autre par le sommet.

Ces deux dernières variétés sont très rares. Nous n'avons relevé aucun cas de fœtus superposés dans la cavité utérine et dans un seul les fœtus étaient antéposés (obs. 606 bis-1924).

P. Bar, en comparant les statistiques de Cazeaux, Depaul-Kleinwachter, avec la sienne, a pu dresser le tableau suivant

établissant les proportions des diverses présentations pour 100 cas.

	Cazeaux	Depaul	Klein- wachter	Bar	Clinique d'accou- chements
2 sommets.....	47	46,7	49	38	46,7
2 sièges.....	44	10,9	7	8,9	9,3
1 sommet-1 siège.....	40	33,5	33,5	39,5	31,5
1 siège-1 épaule.....	0,4	1,4	3	2,6	4
1 sommet-1 épaule...	0,4	5	7	6,4	8,5
1 face-1 épaule.....	0,4	2	0	1,1	0
2 épaules.....	0	0,7	0,3	0,7	0

La fréquence des présentations vicieuses s'explique soit par l'action des deux fœtus l'un sur l'autre empêchant l'accommodation, soit par l'excès de liquide amniotique qui est une cause favorisante, même dans la grossesse simple.

III

DE L'ACCOUCHEMENT

D'une façon générale, l'accouchement gémellaire se termine spontanément. Cependant, la dystocie n'est pas rare, le contenant et le contenu étant soumis à des conditions particulières. La matrice, distendue par la quantité plus grande du liquide amniotique et par la présence de deux fœtus, réagira faiblement au moment du travail, ses fibres étirées ne reviendront plus sur elles au moment de la délivrance, et il nous faudra craindre toutes les complications inhérentes à l'inertie utérine. D'autre part, les jumeaux, se gênant mutuellement, peuvent s'engager dans de mauvaises conditions et devenir l'un pour l'autre un obstacle qu'il faudra enlever. Enfin, la loge utérine, devenue trop vaste à la suite de l'expulsion du premier enfant, favorisera les présentations vicieuses du second, ainsi que les procidences de toutes sortes.

DU TRAVAIL.

Les auteurs ne sont pas d'accord au sujet de la durée totale du travail, pour le premier fœtus. Tarnier et Chantreuil prétendent qu'elle est augmentée; ils disent : « La durée du travail peut être aussi courte que dans l'accouchement unique, mais c'est un fait exceptionnel, elle est en général plus longue. »

Voici, au contraire, l'avis de P. Puech : « S'il est vrai que dans quelques cas on puisse observer la faiblesse des contrac-

tions due à la surdistension de l'utérus, le plus souvent, cependant, la durée totale du travail pour le premier fœtus ne dépasse pas la durée d'un accouchement simple. » Et celui de Monteiro : « Dans la pluralité des cas, la durée de la période d'effacement et de dilatation, celle de la période d'expulsion, et par conséquent la durée totale du travail pour le premier fœtus, est, toutes choses égales d'ailleurs, sensiblement la même que pour l'accouchement simple. »

Après des recherches systématiques et prenant pour base la durée moyenne du travail dans les grossesses simples, soit 12 à 15 heures chez la primipare, et 6 à 8 heures chez la multipare, nous sommes arrivé à ces conclusions : chez un tiers des primipares, la durée du travail a dépassé les 15 heures prises comme limite, s'arrêtant parfois complètement et durant jusqu'à 5 jours (obs. 54 bis-1920); chez les multipares, les 8 heures prises comme durée-limite ont été dépassées dans plus d'un tiers des cas, le travail le plus long ayant été de 20 heures (obs. 800-1924).

De ces résultats, nous sommes en droit de déduire que, dans une forte proportion (un tiers des cas environ), le travail est prolongé dans la grossesse gémellaire, et ceci d'une façon beaucoup plus marquée chez les primipares.

La lenteur de la période de dilatation explique le plus souvent cette augmentation, la période d'expulsion étant courte et dépassant rarement une heure. En effet, les contractions utérines d'abord fortes et régulières dans la plupart des observations, s'espacent de plus en plus et s'affaiblissent. Parfois même, elles cessent, et nous notons l'arrêt complet du travail chez les primipares (ob. 54 bis-1920; 52-1924; 30-1924; 606 bis-1924; 294-1929; 599-1927), plus rarement chez les multipares (obs. 713-1928).

La rupture prématurée de la poche des eaux existerait dans un tiers des cas d'après Bar-Brindeau et Chambrelent. Dans notre relevé, nous la comptons 14 fois sur 73 ruptures spontanées, soit dans une proportion un peu supérieure à un cinquième. Elle a pour cause la trop grande distension

de l'utérus. Elle n'a pas entraîné de conséquences graves, sauf peut-être dans un cas d'infection amniotique avec physométrie (obs. 54 *bis*-1920).

Quant à la période d'expulsion, elle serait quelquefois prolongée parce que les contractions utérines se perdent sur le fond de la matrice et agissent sur le fœtus le plus élevé, qui n'est pas celui qui s'engage d'une part; d'autre part, ce premier fœtus doit non seulement s'accommoder au pelvis, mais à son jumeau. Cependant, dans toutes nos observations, elle n'a jamais dépassé une durée de 1 heure, et dans l'ensemble nous pouvons dire que l'expulsion a été aussi rapide que dans l'accouchement simple.

Notons également pour le premier jumeau un nombre plus élevé de présentations anormales par rapport à l'accouchement unique. Ce fait s'expliquerait par un trouble de l'accommodation lié à la présence même des deux fœtus dans la cavité utérine.

Sur 185 accouchements gémellaires, Pinard a observé les présentations suivantes pour le premier enfant : 123 sommets, 59 sièges, 2 épaules, 1 face.

En réunissant les chiffres de Collins, Clintock, Arneth, Spath, Veit, Kleinwachter, Reuss, Strassman, Leonhardt (1897), cite : 1.232 sommets, 514 sièges, 47 épaules.

Dans les 119 cas de la clinique, le premier fœtus s'est présenté 86 fois par le sommet, 30 fois par le siège, 3 fois par l'épaule.

Malgré cette proportion de présentations anormales, l'accouchement proprement dit se comporte, en général, d'une façon satisfaisante.

Le dégagement en occipito-sacré se verrait plus fréquemment que d'habitude d'après Pinard (1,67 p. 100). Un pareil fait s'est produit dans 4 accouchements (3,3 p. 100) : obs. 363-1922; 566-1926; 774-1929; 935-1931. Il est préparé par le trouble apporté à l'accommodation et favorisé par la petitesse de la tête fœtale et l'exiguïté de ses dimensions. Ceci nous indique qu'il ne saurait être ici question de déchirures graves

du périnée, comme dans la rotation en occipital-sacré d'un sommet dans l'accouchement unique à terme.

INTERVALLE ENTRE LES DEUX ACCOUCHEMENTS.

Après la sortie du premier fœtus, le muscle utérin entre dans une période de repos physiologique n'excédant pas 10 à 20 minutes (Ribemont-Dessaignes); 28 minutes (Strassman); 15 à 20 minutes (Tarnier); 15 minutes (Scriber). A titre rare, ce temps peut parfois être de quelques heures, exceptionnellement de quelques jours. Cette suspension prolongée du travail se verrait seulement lorsque l'accouchement a lieu bien avant terme (Bar, Brindeau, Chambelet). L'intervalle le plus long noté par Tarnier à la Maternité de Paris, où se comptent par unités les cas qui enregistrent un intervalle de quelques heures entre les deux naissances, est de 12 h. 40. Rémy rapporte l'observation d'un accouchement gémellaire à terme avec long intervalle (18 heures) entre l'expulsion des deux jumeaux. Aussi conseille-t-il de ne pas brusquer l'accouchement, mais de laisser à l'utérus le temps de se reposer et de faire une nouvelle provision de forces.

Nous avons noté un intervalle de 7 heures (obs. 200-1931), un autre de 3 heures (obs. 510-1927) et six autres dépassant 1 heure.

Pendant cette période d'attente, le placenta appartenant au premier fœtus peut se décoller complètement et tomber dans le vagin, au devant du second fœtus. Le placenta de ce dernier peut également se décoller, même si celui du premier œuf n'est pas expulsé. Favorisé par la rétraction de l'utérus, ce décollement peut avoir pour conséquence la mort du jumeau resté *in utero*. Dans un cas (obs. 596-1921), il a fallu extraire immédiatement le second fœtus pour hémorragie par décollement placentaire.

L'hémorragie qui accompagne le décollement du premier placenta pourrait par elle-même amener la mort du second enfant, surtout lorsqu'il s'agit de grossesse univitelline (Bar, Brindeau, Chambrelent).

ACCOUCHEMENT DU SECOND JUMENT.

Il se trouve réduit le plus souvent à sa période d'expulsion, le passage du premier ayant en quelque sorte préparé la voie. C'est dire qu'il se passe rapidement dans la majorité des cas. Le vide laissé par la sortie d'un fœtus favorise les présentations vicieuses de l'enfant restant de dimensions moindres qu'un enfant à terme.

Pinard, dans 195 cas, a noté : 95 sommets, 74 sièges, 15 épaules; Léonhardt : 989 sommets, 602 sièges, 249 épaules. Dans nos 118 observations, le second fœtus s'est présenté 72 fois par le sommet, 34 fois par le siège et 12 fois par l'épaule. Les présentations de l'épaule n'ont pas la gravité de celles d'un fœtus unique, la version par manœuvres externes suffisant parfois à les transformer en sommet (obs. 321-1920) et la version par manœuvres internes étant ici facilitée dans une cavité assez volumineuse pour permettre l'évolution d'un enfant en général assez petit.

Le dégagement en occipito-sacré et même en occipito-transverse, dû aux petites dimensions de l'extrémité céphalique d'une part et d'autre part à la laxité du plancher pelvien, est plus fréquent que dans l'accouchement du premier jumeau (Pinard : 3,34 p. 100). A Bordeaux, la proportion de dégagements en O.-S. est de 5 p. 100 et en O.-T. de 2 p. 100. Ils n'ont pas de conséquences graves pour des causes déjà invoquées et, d'autre part, en raison de la préparation de la filière périnéo-vulvaire par un premier passage.

Le plus souvent, il y a formation d'une deuxième poche des eaux. Les grossesses univitellines monoamniotiques seules font exception à cette règle (obs. 208-1923).

DES COMPLICATIONS DANS L'ACCOUCHEMENT GÉMELLAIRE.

Disons tout de suite que les complications du côté des parties molles maternelles sont rares : un seul cas de déchirure du périnée avec atteinte du sphincter (obs. 208-1923).

Il s'agissait d'une secundipare de 21 ans qui, après la naissance d'un premier jumeau par le sommet, a présenté lors de la sortie de la tête dernière du second (siège complet) une rétraction du col. Celle-ci cédant brusquement, il s'est produit une déchirure du périnée intéressant une partie du sphincter. La périnéorrhaphie a donné d'excellents résultats, et il n'a subsisté aucune gêne fonctionnelle. L'inertie utérine est la complication majeure de la grossesse gémellaire. Elle est surtout redoutable au moment de la délivrance et nous l'étudierons à ce propos. Pendant l'accouchement, elle augmente la durée du travail et nécessite souvent des interventions.

En opposition avec elle, on peut constater, mais rarement, au cours de l'accouchement, de la contracture utérine (obs. 785-1928; obs. 200-1931).

Dans la première observation, l'administration de la morphine a permis d'arrêter les contractions subintrantes et d'extraire par le sommet deux enfants vivants après un travail rapide. Dans la seconde, le travail a été long (15 h. 30) : après la sortie d'un premier jumeau en sommet, le second se présentait par l'épaule avec un bras procident et violacé, l'autre rose sortant à la vulve. A ce moment, sont apparues des contractions utérines violentes; l'utérus est dur en sablier. On administre de la morphine par voie sous-cutanée, puis anesthésie générale au chloroforme pour embryotomie cervicale d'un fœtus mort dans le but d'empêcher une rupture utérine.

Les complications fœtales consistent essentiellement en procidences du cordon ou d'un membre, les deux coexistant le plus souvent. On les trouverait surtout au moment du second accouchement d'après Bar. Nous avons observé pour le premier fœtus, un cas de procidence d'un membre, 2 cas de procidence compliquée, 3 cas de procidence du cordon et, pour le second, un cas de procidence d'un membre, et 2 cas de procidence du cordon. Ces procidences semblent être d'un pronostic moins sombre que celles de l'accouchement unique.

Dans bien des cas, en effet, il existe un espace suffisamment large entre la présentation et le bassin pour permettre au cordon procident de ne pas être comprimé (obs. 363-1922; obs. 575-1924; obs. 597-1924; obs. 184-1925).

Le décollement prématuré du placenta est une complication assez rare. M. Rivière, Favreau et Despons en ont communiqué une observation (108-1924) à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Bordeaux en 1925.

En dehors de cette dystocie, que l'on pourrait qualifier de courante dans la grossesse gémellaire, il en existe une autre exceptionnelle, d'un pronostic très grave et pour la mère et pour les enfants. Elle ne s'est jamais présentée dans les cas que nous étudions, aussi la mentionnerons-nous rapidement. Elle a trait à l'engagement simultané de deux pôles appartenant chacun à un fœtus différent. Toutes les combinaisons sont possibles : deux têtes premières, une tête dernière avec une tête première, etc.

MM. Commandeur et Eparvier rapportent le cas d'une dystocie par accrochement des têtes dans un accouchement gémellaire. M. le docteur Balard a publié un cas identique. Ce sont là des cas exceptionnels certes, mais il est facile d'en comprendre la gravité, surtout si le diagnostic de la gémellité n'a pas été porté. La mère est menacée de la rupture utérine et la mortalité fœtale est très élevée.

La rupture utérine est également presque fatale dans les cas de jumeaux adhérents si on n'en fait pas le diagnostic. Dans une première observation (305-1920), le premier fœtus se présentant par le siège était hors des organes génitaux jusqu'au niveau du siège, à l'entrée de la malade. Des tractions infructueuses avaient été faites par le médecin et la sage-femme. Sous anesthésie générale au chloroforme, on fait des tractions qui ne donnent pas de résultats. On sectionne alors ce fœtus au niveau du tronc et on abaisse les pieds du second dont on extrait très péniblement le siège. A ce moment, on s'aperçoit que les deux enfants sont adhérents au niveau du tronc. Les deux têtes sont coincées dans

IV

DE LA DELIVRANCE

La délivrance se fait habituellement selon un mécanisme analogue à celui de la grossesse normale. L'expulsion du placenta unique dans le cas de grossesse univitelline, des deux placentas dans celui de grossesse bivitelline, se fait quelques minutes après l'accouchement du second fœtus. Cependant, exceptionnellement après la sortie du premier enfant, il peut y avoir décollement du placenta qui lui correspond, lorsqu'il s'agit de placentas nettement distincts et expulsion de celui-ci avant la sortie du second fœtus. Il s'agit, en somme, de deux accouchements complets se succédant dans un bref laps de temps. Monteiro en a observé 2 cas sur 164 et Strassman 3 sur 476. E. Bohler rapporte celui d'une femme chez laquelle une grossesse double aurait été diagnostiquée radiologiquement à huit mois de la gestation. A l'admission, un mois plus tard, la femme avait accouché d'un premier enfant à l'extérieur et expulsé le premier placenta. L'auteur insiste sur la rareté de l'expulsion séparée de ces derniers, possible seulement s'il s'agit de grossesses bivitellines avec placentas nettement séparés.

Voici une observation analogue (obs. 650-1926) :

Femme âgée de 32 ans, à sa cinquième grossesse. La caractéristique de ses accouchements antérieurs est l'indolence complète de la période de dilatation.

Grossesse actuelle : Diagnostic confirmé radiologiquement à sept mois de la grossesse. Un mois plus tard, accouchement prématuré par le sommet d'un garçon vivant bien portant de

2.370 grammes. Dix minutes après, expulsion du placenta correspondant. Un quart d'heure après la sortie du premier fœtus, expulsion d'une fille pesant 1.600 grammes, d'état physique peu satisfaisant, décédée quarante jours après la naissance, puis du placenta correspondant dix minutes après.

La délivrance dans l'accouchement gémellaire est le temps le plus fertile en incidents. C'est, en effet, après la sortie des deux fœtus que la fibre utérine distendue d'une façon exagérée va devenir inerte le plus souvent. Ce manque absolu de contractions aura pour résultats soit une absence complète du décollement du placenta, soit un décollement partiel. C'est ce qui explique parfois les délivrances artificielles (10 cas) et le long intervalle existant parfois entre la sortie du deuxième fœtus et celle du placenta. Mais la conséquence la plus grave de cette inertie utérine est l'hémorragie. Celle-ci sera d'autant plus à craindre que la plaie placentaire a, dans les cas qui nous occupent, une superficie plus grande que normalement. On comprend, dès lors, la facilité avec laquelle elle peut se produire dans un utérus fatigué qui ne réagit plus, les sinus utérins restant béants. Chez douze parturientes, une hémorragie s'est produite, nécessitant parfois la délivrance artificielle. Dans tous les cas, elle a pu être arrêtée, et il n'en est résulté aucune suite fâcheuse. De là, la nécessité d'une surveillance toute spéciale lors de la délivrance et d'un traitement approprié lorsque l'hémorragie se produit. Ce traitement consiste d'abord dans la délivrance artificielle si le placenta n'est pas encore sorti et dans la révision de la cavité utérine (obs. 54 *bis*-1920; 462-1920; 583-1921; 596-1921; 208-1923; 447-1930). Dans d'autres cas, on pratiquera une injection d'ergotine lorsqu'on est certain que l'utérus est complètement vide (obs. 227-1925; 402-1926; 150-1927; 758-1927; 293-1929; 294-1929).

L'inertie utérine n'est pas la seule complication à craindre. La contracture peut, elle aussi, empêcher la sortie de l'arrière-fait, en l'emprisonnant, qu'il s'agisse d'une rétrac-

tion totale ou d'un enchatonnement dans une corne (obs. 173-1924). Dans le cas présent, un des placentas était inséré sur le segment inférieur, l'autre au fond de l'utérus; deux heures après la sortie des fœtus, on pratiqua la délivrance artificielle, l'utérus étant contracturé en forme de sablier.

Les adhérences sont quelquefois un obstacle à la descente du délivre et obligent à intervenir (obs. 500-1930; 935-1931). Mais ceci n'est pas spécial à la grossesse gémellaire.

Dans ce travail, nous ne ferons pas une étude approfondie des œufs, mais puisque nous étudions la délivrance, disons quelques mots sur les modalités différentes que présentent les placentas. Ils sont le plus souvent séparés l'un de l'autre et peuvent se greffer dans des points différents (obs. 173-1924). Dans ce cas de grossesse bivitelline bifolliculaire, deux placentas sont réunis l'un à l'autre par un pont membraneux, constitué par un amnios, un chorion et une caduque. Aucune communication vasculaire n'existe entre eux, et les deux enfants sont complètement distincts l'un de l'autre. Ce pont membraneux est de longueur variable : nous en avons noté de 13 centimètres. Les deux placentas sont parfois réunis et semblent n'en former qu'un à première vue. Cependant, la cloison de séparation est formée de quatre membranes et aucun vaisseau ne communique. Il s'agit encore de grossesse bivitelline, mais unifolliculaire.

Dans les grossesses univitellines, le placenta est unique non plus en apparence, mais histologiquement parlant. Le plus souvent, les jumeaux sont placés dans deux cavités distinctes, séparées l'une de l'autre par une cloison formée seulement des deux amnios. Ce sont les grossesses biamniotiques. Dans quelques cas rares (obs. 208-1922), le placenta étant unique, les deux enfants étaient situés dans une seule cavité. Enfin, dans les deux observations de monstres citées précédemment, les fœtus étaient placés dans une seule cavité, et le placenta était unique, ce qui semble bien confirmer l'hypothèse suivant laquelle les grossesses monoamniotiques seraient une anomalie, premier terme d'une lignée aboutis-

sant à la création de monstres doubles. Dans toutes les grossesses univitellines, l'examen du placenta nous montre l'existence d'anastomoses entre les circulations fœtales, les unes superficielles, les autres profondes. Mutel et Vermelin, reprenant les travaux faits sur la circulation interplacentaire, émettent l'opinion suivante : « L'existence d'anastomoses superficielles, quelle que soit la disposition d'une troisième circulation, donne en même temps que l'équilibre vasculaire dans les deux territoires placentaires un développement égal des deux fœtus. L'existence d'une troisième circulation dans un sens entraîne en même temps qu'un déséquilibre circulatoire des troubles de la croissance des deux embryons : son action peut être compensée par l'existence d'une anastomose superficielle ou plus ou moins balancée par un système d'anastomoses profondes importantes, sensiblement égales et de sens inverse. Dans une observation de grossesse bivitelline biamniotique terminée par avortement à cinq mois et demi, le placenta unique pesant 400 grammes comprenait deux zones de grandeur inégale : l'une mesurant 7 cm. × 15, l'autre 13 cm. × 15 et correspondant respectivement, la plus grande à un fœtus œdématié pesant 700 grammes, la plus petite à un fœtus amaigri pesant 500 grammes. Une seule anastomose profonde, petite, d'artère à veine a été découverte après de minutieuses recherches. L'examen du placenta, après la délivrance, permet seul d'établir cette distinction entre les grossesses bivitellines et univitellines. Plusieurs placentas volumineux à cause de la syphilis et présentant des noyaux de dégénérescence par suite de l'albuminurie ont été examinés, mais n'offrent aucun caractère particulier à la gémellité. La rétention membraneuse a été observée par nous dans un cas (obs. 363-1922). Quant aux cordons, ils s'attachent à la face fœtale du placenta, assez souvent sur le bord (insertion excentrique) et l'insertion vélamenteuse n'est pas rare (obs. 63-1922; 447-1922; 597-1924; 425-1925; 447-1925; 785-1926). La brièveté absolue du cordon existait en deux cas (obs. 208-1922; 30-1923).

V

DES JUMEAUX

Une croyance populaire veut que les jumeaux présentent toujours des caractères de ressemblance parfaite, au point qu'il serait difficile, voire impossible, de les distinguer l'un de l'autre. Cette croyance est loin d'être exacte, et ce qui frappe dans une statistique de grossesses gémellaires est bien souvent la différence très grande existant entre les deux enfants. Encore faut-il ici établir une distinction entre les grossesses univitellines et bivitellines. Dans les premières, les deux enfants sont fatalement du même sexe avec une proportion égale de garçons et de filles (Mlle Beurois). Dans notre statistique, nous avons noté 20 filles et 12 garçons. Dans les secondes, les jumeaux peuvent être de sexe différent : 48 fois les enfants étaient du même sexe (52 garçons, 44 filles) et 37 fois de sexe différent, ce qui donne un total de 89 garçons et 81 filles.

L'étude du poids est encore plus démonstrative. Bien souvent, un des fœtus a un volume et un poids surpassant très sensiblement celui de son jumeau.

Voici une observation de grossesse univitelline, biamniotique au sujet de laquelle les recherches ont été effectuées sur les deux fœtus :

Primipare de 21 ans, ménagère. Avortement de cinq mois et demi à la suite d'une crise d'hydramnios aiguë du deuxième œuf (3 à 4 litres).

Premier fœtus de 500 grammes, maigre, facies ridé, côtes saillantes, membres grêles, téguments rosés, sauf au niveau du bras

procident, sur lequel il y a une bosse séro-sanguine; longueur totale : 31 centimètres; longueur du vertex au coccyx : 20 centimètres.

Cœur : 22 mm. $\times$ 15 mm.; coupe transversale : cavités ventriculaires sensiblement égales, pas dilatées; les parois musculaires ne sont pas amincies; poids du cœur : 5 grammes; foie : 22 grammes.

Deuxième fœtus de 700 grammes (hydramnios). Aspect œdématié avec petite tête congestionnée; téguments rosés, abdomen ballonné, un peu d'ascite; longueur totale : 33 centimètres; longueur du vertex au coccyx : 21 centimètres.

Cœur : 31 mm. $\times$ 25 mm.; section transversale : cavités ventriculaires égales; les parois sont plus épaisses que chez le précédent; poids du cœur : 9 grammes; foie : 35 grammes, congestionné; rein : double du précédent comme volume et comme poids.

Ceci a lieu non seulement dans les grossesses univitellines où cette différence s'explique par le déséquilibre circulatoire dû aux anastomoses interplacentaires (observation précédente), mais encore dans les grossesses bivitellines. P. Bar en fournit l'explication suivante : « Un des placentas risque de se trouver en rapport avec une zone pauvre, peu fertile, et, partant, de mal se développer, d'où inégalité de volume des fœtus. L'un des œufs venant à succomber, l'autre peut continuer à vivre et à se développer. Un des œufs peut même se greffer dans la trompe et l'autre continuer à se développer dans l'utérus malgré l'avortement tubaire. Sur 86 observations de grossesses biovulaires, l'égalité s'observe 4 fois, la différence de poids est inférieure à 100 grammes dans 7 cas, comprise entre 100 et 500 grammes dans 50 cas, entre 500 et 1.000 grammes dans 20 cas et supérieure à 1.000 grammes dans 50 observations. Dans les grossesses univitellines, nous obtenons, sur 31 cas : l'égalité de poids 2 fois; une différence inférieure à 100 grammes, 2 fois; comprise entre 100 et 500 grammes, 24 fois; entre 500 et 1.000 grammes, 2 fois, et supérieure à 1.000 grammes, 4 fois.

Le poids de chacun des jumeaux est inférieur à celui d'un fœtus unique à terme non seulement dans les accouchements gémellaires prématurés, mais encore lorsque la gémellité atteint le neuvième mois. Dans une seule observation (363-1922), le poids de chacun des enfants était de 3.500 grammes. Nous obtenons comme poids moyen du premier jumeau 2.500 grammes, et du second 2.580 grammes.

L'état physique des fœtus laisse souvent à désirer et la débilité congénitale s'observe comme conséquence de l'accouchement prématuré.

Le tableau suivant donne le poids moyen du premier et du deuxième jumeau dans les accouchements avant terme.

Accouchements prématurés	De 6 à 7 mois	De 7 à 8 mois	De 8 à 8 m. 1/2
Poids moyen du 1 ^{er} jumeau.	4.000	4.700	2.410
Poids moyen du 2 ^e jumeau.	4.300	4.720	2.230

Voici en résumé, d'après l'âge auquel a pris fin la gestation, tous les cas de décès et de débilité congénitale observés par nous :

Les prématurés nés avant le septième mois, au nombre de 14, sont tous décédés soit à la naissance, soit quelques minutes, rarement quelques heures après. Parmi ceux qui sont nés entre le septième et le huitième mois, au nombre de 42, 21 sont décédés soit à la naissance, soit quelques jours après et 21 sont restés en vie du moins jusqu'à leur sortie de la clinique. Cependant, 7 d'entre eux seulement avaient un bon état physique, les 14 autres présentant plus ou moins des signes de débilité congénitale caractérisée par une chute de poids, de l'hypothermie, des crises de cyanose, du sclérème, etc. A partir du huitième mois, la mortalité tombe à 14 sur 58 enfants, 33 jumeaux étant vivants et bien portants, 11 présentant des caractères de débilité.

Les jumeaux nés à terme ont, en général, une bonne constitution : parmi les 120 enfants, on enregistre 16 décès à plus ou moins longue échéance, 4 cas de débilité congénitale, 1 embryon non développé (obs. 18-1927) et 2 fœtus « araignée » (obs. 699-1924).

La mortalité est également fonction du poids de l'enfant. Au-dessous de 1.000 grammes, nous enregistrons 14 décès, sur 14 naissances.

De 1.000 à 1.500 grammes : 14 décès et 5 cas de débilité;

De 1.500 à 2.000 grammes : 19 décès et 18 cas de débilité, sur 41 naissances;

De 2.000 à 2.500 grammes : 10 décès et 12 cas de débilité, sur 73 naissances;

Au delà de 2.500 grammes : 5 décès et 4 cas de débilité, sur 77 naissances.

Nous appliquerons chez ces jumeaux prématurés le traitement de la débilité congénitale en général. C'est dire qu'il conviendra de les réchauffer, de les nourrir et de les préserver de l'infection. La transfusion de sang maternel, pratiquée 1 fois dans le sinus longitudinal et 8 fois dans les muscles de l'enfant, a donné de bons résultats dans 7 cas. On constate à la suite de l'injection une élévation de la température et une augmentation de poids.

VI

DU PRONOSTIC

Le pronostic maternel est moins favorable que dans l'accouchement simple, et la mortalité s'élevait autrefois à 9,9 p. 100 d'après Dubois. La statistique faite par Jay, à la Clinique Tarnier, en 1921, donne une proportion de 0,50 p. 100. A la Clinique d'accouchement André Boursier, la mortalité a été nulle pendant ces onze dernières années.

Par contre, la morbidité est assez élevée. Dans notre étude de la gestation, nous avons déjà cité : 30 cas d'augmentation du liquide amniotique, 3 cas d'hydramnios aigue, 23 cas d'albuminurie, 1 crise d'éclampsie, 1 cas de vomissements graves et 1 hémorragie rétroplacentaire.

Pendant l'accouchement, la longueur du travail due à l'inertie utérine épuisera la parturiente dans un tiers des cas. La rupture prématurée de la poche des eaux pourra être cause d'infection amniotique. Les présentations vicieuses du second jumeau surtout et les procidences du cordon nécessiteront des interventions qui font courir à la malade un supplément de risques.

Enfin, l'engagement simultané de deux pôles fœtaux ou l'existence d'adhérences entre les jumeaux pourront parfois devenir l'origine d'une rupture de l'utérus.

Insistons spécialement sur les hémorragies de la délivrance, graves en elles-mêmes et prédisposant la femme à l'infection et à l'anémie des suites de couches.

D'après Scriber, la morbidité serait de 23 p. 100 dans ces dernières. Cette proportion est sensiblement conservée (24 p. 100) dans notre statistique. Il s'agit, en général, de cas bénins cédant rapidement sous l'effet du traitement : lymphangites mammaires (6 cas), légères poussées de température (20 cas), états infectieux plus graves (3 cas).

Le pronostic fœtal est particulièrement sévère. D'après la thèse de Jay, 63 enfants sur 200 sont décédés soit à la naissance, soit dans les quelques jours qui ont suivi. Nous avons relevé 63 décès pour 240 enfants. Cette mortalité infantile est due à ce que les jumeaux sont des prématurés dans 47 p. 100 des cas; à la fréquence des interventions (20 p. 100); aux procidences du cordon dans 5 p. 100 des accouchements; à la syphilis maternelle dans 2 p. 100 des cas; enfin, à l'existence de jumeaux adhérents (2 cas).

Parmi les survivants, 23 enfants présentaient des symptômes de débilité, et il y a tout lieu de croire qu'un certain nombre d'entre eux sont décédés dans les jours ou les mois qui ont suivi leur sortie de l'hôpital.

CONCLUSIONS

D'après l'étude des observations recueillies à la clinique d'accouchements de 1920 à 1932, nous sommes amené à conclure :

I. — La grossesse gémellaire existe dans la proportion de 1 p. 83. Son étiologie encore obscure reconnaît, semble-t-il, comme facteurs accessoires : l'hérédité, la multiparité, la syphilis (dans les grossesses univitellines surtout), et peut-être la tuberculose ?

II. — Il faudra faire, si le diagnostic est douteux, une ou plusieurs radiographies sans toutefois leur attribuer une valeur absolue.

La gestation se termine avant le terme dans environ 50 p. 100 des cas. Cette interruption relève parfois de causes identiques à celle de la grossesse simple, mais elle est due, dans 65 p. 100 des cas, à l'augmentation du liquide amniotique. Le repos complet pendant les derniers mois donnera à la grossesse le maximum de chances de s'approcher du terme et permettra aux enfants de naître dans un état physique satisfaisant.

III. — Dans un tiers des observations, la durée du travail est augmentée surtout chez les primipares. Il faut en chercher la cause dans la fatigue de l'utérus à la suite d'une trop grande distension de ses fibres musculaires. L'accouchement du premier jumeau se fait le plus souvent sans difficultés, sauf dans les présentations transversales (2 p. 100), où une

version par manœuvres internes est nécessaire. L'intervalle entre les deux accouchements est en moyenne de 20 minutes. Pendant ce temps, il convient d'attendre. Toutefois, si une hémorragie importante prenait naissance, on interviendrait pour hâter l'accouchement du second fœtus. Quand ce dernier se présente par l'épaule ou s'il y a procidence du cordon, on fera la version par manœuvres internes en général facile.

IV. — La délivrance se fait presque toujours spontanément, les deux placentas ou le placenta unique étant expulsés de 20 à 30 minutes après la sortie du deuxième enfant. Les hémorragies, toujours à craindre, nécessiteront, si elles prennent un caractère de gravité, la délivrance artificielle immédiate (40 p. 100 des cas). Les manœuvres habituelles (injections chaudes intra-utérines, injections sous-cutanées d'ergotine ou de pituitrine) seront des adjuvants précieux si elles persistaient. Un examen soigneux de l'arrière-fait est plus que jamais nécessaire pour éviter les rétentions placentaires.

V. — Les jumeaux sont dans 95 p. 100 des cas de poids différents. Le poids du jumeau à terme atteint dans 1 p. 100 des cas seulement celui de l'enfant normal. La mortalité fœtale s'élève à 27 p. 100; elle dépend de l'époque de l'interruption de la grossesse et du poids de l'enfant. Les prématurés seront réchauffés et gavés s'ils ne peuvent prendre le sein. La mère devra les nourrir si la chose est possible. Dans les cas de débilité congénitale, la transfusion de sang maternel donnera parfois (7 cas sur 9) de bons résultats.

VU, BON A' IMPRIMER :

VU : *Le Doyen,*

Le Président,

C. SIGALAS.

J. ANDERODIAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 7 décembre 1932.

Le Recteur de l'Académie,

A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

- ADAM et VERMELIN. — Deux cas de grossesse gémellaire avec transformation papyracée de l'un des fœtus. *B. S. O. G. de Nancy*, 1920.
- ANDÉRODIAS et MAGNANT. — Sur un cas de grossesse gémellaire avec perception de deux poches des eaux séparées par un sillon transversal. *B. S. O. G. de Bordeaux*, 1923.
- BAR. — Remarques sur quelques cas de gémellité. *Obstétrique*, Paris, 1907.
- BAR et ELEUTERESCU. — *Obstétrique*, Paris, 1897.
- BAR, BRINDEAU et CHAMBRELENT. — *Pratique de l'art des accouchements*.
- BALARD. — Dystocie par accrochement des têtes; présentation simultanée des deux sommets. *B. S. O. G. de Bordeaux*, 1923.
- BEUROI (Mlle). — Thèse de Bordeaux, 1924.
- BOHLER (E.). — Expulsion séparée des deux placentas. *B. S. O. G. de Paris*, 1934.
- COMMANDEUR et ÉPARVIER. — Dystocie par accrochement des têtes dans un accouchement gémellaire. *B. S. O. G. de Lyon*, 1923.
- DARESTE. — Recherches sur la production artificielle des monstres. *In* *Essais de tératologie*, Paris, 1924.
- DELMAS et ROUME. — Du curettage dans l'avortement gémellaire. *B. S. O. G. de Paris*.

- FAVREAU-LABEAU et BOSCH. — De la nécessité de la vulgarisation de la radiographie du fœtus pendant la gestation. *Presse médicale*, 1^{er} oct. 1924.
- FAVREAU. — Grossesse gémellaire terminée par expulsion des œufs à des dates très espacées. *B. S. O. G. de Bordeaux*, 1925.
- HAUTECHAUD. — Expulsion à deux mois d'un fœtus et à terme d'un enfant bien constitué. *B. S. O. G. de Paris*, 1923.
- JAY. — Thèse de Paris, 1921.
- JACOPIN. — Thèse de Nancy, 1906-1907.
- JAIS. — Thèse de Paris, 1911.
- LEREBOULLET. — *Compte Rendu à la Société des sciences de Paris*, 1855.
- LAFFONT et LARRIBÈRE. — Accouchement à terme d'un enfant macéré depuis quinze jours et d'un enfant vivant. *B. S. O. G. de Paris*, 1929.
- MAYGRIER et DÉMELIN. — *Archives de tocologie et de gynécologie*, 1862.
- MEYER. — Syphilis des deux placentas; mort d'un seul fœtus. *B. S. O. G. de Paris*, 1928.
- MONTEIRO. — Thèse de Paris, 1906.
- MUTEL et VERMELIN. — Communication sur la circulation interplacentaire dans les grossesses gémellaires univitellines. *B. S. O. G. de Nancy*, 1923.
- PAQUET. — Grossesse gémellaire compliquée d'hydramnios aigu dans l'un des deux œufs d'ordre syphilitique. *B. S. O. G. de Paris*, 1920.
- PLANCHU et VOISIN. — Sur une grossesse gémellaire non diagnostiquée par la radiographie. *B. S. O. G.*, 1930.
- PUECH. — Pratique de l'art des accouchements.
- REMY. — Accouchement à terme avec long intervalle entre l'expulsion des deux jumeaux. *B. S. O. G. de Nancy*, 1923.
- RIBEMONT-DESSAIGNES. — Précis d'obstétrique.
- RIVIÈRE, FAVREAU et DESPONS. — Grossesse gémellaire bivitelline monoplacentaire, interrompue au sixième mois par l'hydramnios d'un des œufs et hémorragie rétroplacentaire simple. *B. S. O. G. de Bordeaux*, 1924.

SCRIBER. — Thèse de Paris, 1906.

TARNIER et CHANTREUIL. — Traité d'accouchements.

VALLOIS et MADON. — Deux cas d'hydramnios à marche aiguë.
B. S. O. G. de Paris, 1921.

VALLOIS et ROUME. — Sur un cas de fœtus papyraceus, l'autre enfant étant vivant et l'accouchement à terme. *B. S. O. G. de Paris*, 1923.

